COLUMBIA LIBRARIES OFFSITE
HEALTH SCIENCES STANDARD
HX64097072
R502.F85 F85 1897 Referate uber die wi
RECAP

Frankl-Hochwart
Referate uber die wissenshaftlichen
arbeiten.

Columbia University
in the City of New York

College of Physicians and Surgeons

Library

Digitized by the Internet Archive
in 2010 with funding from
Open Knowledge Commons

http://www.archive.org/details/referateberdie00fran

REFERATE

ÜBER DIE

WISSENSCHAFTLICHEN ARBEITEN

VON

DR. LOTHAR R. VON FRANKL-HOCHWART

PRIVAT-DOCENTEN FÜR NERVEN-PATHOLOGIE.

WIEN 1897.

DRUCK UND VERLAG VON PLAUT & CO., WIEN

IX., MARIA THERESIENSTRASSE 5.

REFERATE

ÜBER DIE

WISSENSCHAFTLICHEN ARBEITEN

VON

DR. LOTHAR R. VON FRANKL-HOCHWART

PRIVAT-DOCENTEN FÜR NERVEN-PATHOLOGIE.

WIEN 1897.

DRUCK UND VERLAG VON PLAUT & CO., WIEN

IX., MARIA THERESIENSTRASSE 5.

I.

1883.

Ueber Schwund in der Skeletmuskulatur.

In Verbindung mit Ernst Freund.

(Aus dem anatomischen Institute in Wien.)

Sitzungsberichte der k. k. Akademie der Wissenschaften, Band LXXXVIII, Seite 1—24.

Die Verfasser kommen auf Grund von histologischen und anatomischen Untersuchungen zu folgenden Schlusssätzen:

1. Die Volumsverminderung der Muskeln ist zum grössten Theile eine Folge des Verlustes, den sie an ihren Fasern und Bündeln erleiden.

2. Die Atrophie ist gleichmässig über den ganzen Muskel vertheilt.

3. Der Zerfallsprocess ergreift meist gewisse Faserbündel in toto, während die umgebenden noch fast intact sind.

4. Die bei der Atrophie sichtbare Bindegewebsvermehrung ist ein Product des Zerfalles von Muskelfasern.

5. Während selbstverständlich die Ansatzverhältnisse und mithin auch die Wirkungsqualität der Muskeln intact bleibt, können accessorische Faserzüge, welche von Fascien oder von benachbarten Muskeln oder von einem Muskeltheil zum anderen ziehen, gänzlich resorbirt werden.

II.

1887.

Ueber De- und Regeneration von Nervenfasern.

(Aus dem Institute des Herrn Prof. Stricker.)

Medicinische Jahrbücher.

In dieser Arbeit werden die Vorgänge in den Nervenfasern nach ihrer Durchschneidung am Thiere ge-

schildert; es wird gezeigt, dass die Regeneration am peripheren Stumpfe vor sich geht, und zwar bilden sich die neuen Fasern aus den Resten der zugrunde gegangenen. Die Angaben Mayer's über Degenerations- und Regenerationsvorgänge am unversehrten Nerven werden bestätigt, auch wird das Vorkommen degenerirter Fasern im Nerven des Hühnerembryos gezeigt.

III.

1887.

Ueber mechanische und elektrische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln bei Tetanie.*)

Centralblatt für klinische Medicin, vorläufige Mittheilung.

IV.

1888.

Ueber mechanische und elektrische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln bei Tetanie.

Deutsches Archiv für klinische Medicin, Band XLIII.

Referat siehe unten.

V.

1888.

Ueber Elektrotherapie der Trigeminusneuralgie.

Wiener medicinische Blätter, Nr. 22.

Das in dieser Zeit wenig geübte Verfahren Duchenne's der faradischen Pinselung beim Gesichtschmerze wird auf Grund von 14 derartig behandelten Fällen neuerdings

*) Die Arbeiten Nr. 3—6 und 9—26 entstammen der Klinik des Herrn Hofrathes Nothnagel, Nr. 7 und 8 der Klinik von weil. Hofrath Meynert.

empfohlen, und es wird auch eine dazu geeignete Elektrode (Doppelpinsel) beschrieben.

VI.

1888.

Ueber Intentionskrämpfe.

Zeitschrift für klinische Medicin, Band XIV, Seite 424.

Es wird gezeigt, dass das Symptom der Intentionskrämpfe durchaus nicht der Thomsen'schen Krankheit allein eigen ist; es werden dieselben bei verschiedenartigen Affectionen des Nervensystems beschrieben, und ähnliche Fälle aus der Literatur dienen zur Stütze dieser Behauptung.

VII.

1889.

Ueber Psychosen nach Augenoperationen.

Jahrbücher für Psychiatrie, Band IX.

Auf Grund von 31 neu mitgetheilten Fällen gibt der Verfasser ein Bild der Psychosen, welche nach Augenoperationen entstehen können, schildert die dabei auftretenden Symtome und bespricht die Prognose. Als Hauptursache der Entstehung dieser Zustände bezeichnet Verfasser die lange andauernde Dunkelcur, wobei er allerdings betont, dass diese wohl nicht die einzige wirkende Veranlassung sei; es scheine auch, dass der bei der Operation wirkende Schmerz und die grosse Angst vor und nach derselben von Einfluss sei.

VIII.

1889.

Ueber Psychosen bei Tetanie.

Jahrbücher für Psychiatrie, Band IX.

Referat siehe unten.

IX.

1889.

Bemerkungen zur Lehre der Tetanie.

Deutsches Archiv für klinische Medicin, Band XLIV, Seite 429.
Referat siehe unten.

X.

1890.

Ueber Trigeminusneuralgie nach Influenza.

Zeitschrift für klinische Medicin, Band VII.

Schilderung über Enstehung und Verlauf von zehn Trigeminusneuralgien nach Influenza, ausserdem Bemerkungen über 60 mit dem faradischen Strom behandelte Fälle von Gesichtsschmerz überhaupt.

XI.

1891.

Ueber sensible und vasomotorische Störungen bei der rheumatischen Facialislähmung.

Neurologisches Centralblatt, Nr. 10.

Es wird das bis dahin kaum bekannte Symptom der Sensibilitätstörung bei rheumatischer Facialislähmung als ein durchaus nicht seltenes geschildert, ausserdem wird auf eine unbekannte Begleiterscheinung aufmerksam gemacht: nämlich auf das Auftreten von leichten vasomotorischen Reizerscheinungen, geringgradigen Oedemen und von Temperatursteigerung an der gelähmten Seite.

XII.

1891.

Ueber den Verlust des musikalischen Ausdrucksvermögens.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Band I, Seite 283.

Die bis zu dieser Zeit noch wenig studirte Erscheinung über den Verlust des musikalischen Ausdrucks-

vermögens bei Aphasie wird auf Grund von fünf genau beobachteten Fällen geschildert und gezeigt, dass, wenn bei musikalisch gebildeten Leuten die Sprache verloren geht und dann noch eine gewisse Fähigkeit musikalischer Leistung zurückbleibt, man nicht glauben müsse, dass das musikalische Verständniss deshalb erhalten sei, da Untersuchungen geeigneter Individuen deutlich zeigen, dass bei näherer Prüfung dennoch ziemlich bedeutende Defecte aufgefunden wurden. Es wird zur Erklärung des Umstandes, dass das musikalische Ausdrucksvermögen manchen Aphasischen verloren geht, manchen aber bleibt, die Stricker'sche Theorie von den Musikvorstellungen herangezogen, der zufolge dieselben bei einzelnen Individuen im Kehlkopfmuskel-Apparat wurzeln, bei anderen aber im Gehörsapparate. Wenn jemand, der zur ersten Gruppe gehört, das Sprachvermögen verliert, dann wird er auch das musikalische Ausdrucksvermögen einbüssen; bei Leuten der zweiten Gruppe könnte man sich vorstellen, dass die Aphasie ohne Amusie verläuft.

XIII.

1891.

Die Tetanie.

Monographie. Berlin, A. Hirschwald.

Referat siehe unten.

XIV.

1891.

Ueber Keraunoneurosen.

Deutsche Zeitschrift für klinische Medicin, Band XIX, Seite 586.

Mittheilung von 3 nervösen Erkrankungen nach Blitzschlag; dieselben sind in die Gruppe der Neurasthenie und Hysterie einzureihen. Anschliessend daran werden Erfahrungen über traumatische Neurosen an der Klinik Nothnagel besprochen.

XV.

1893.

Zur Kenntniss der Augensymptome bei Neurosen.

In Verbindung mit Dr. Topolanski.

Beiträge zur Augenheilkunde, XI. Heft.

Es handelt sich in diesem Buche um Prüfung der Sehschärfe, des Gesichtsfeldes, des Farben- und Lichtsinnes bei Neurasthenie und Hysterie, und zwar werden zum Vergleiche Fälle ohne Trauma solchen nach Verletzungen gegenübergestellt. Zur Untersuchung des Farben- und Lichtsinnes dient das Chromatophotoptometer von Chibret. Die Verfasser gelangen zu folgenden Schlüssen:

1. Der Hysterie mit normaler Sensibilität kommt für gewöhnlich keine concentrische Gesichtsfeldeinschränkung zu, sowie auch keine wesentliche Störung des Farben- und Lichtsinnes.

2. Bei Hysterie mit Sensibilitäts-Störung kann das Perimeter sowie auch der Farben- und Lichtsinn völlig normal sein.

3. Doch kann bei Hysterie — gleichgiltig, ob sie mit Sensibilitäts-Störung einhergeht oder nicht — wenn auch Gesichtsfeld und Lichtsinn normal sind, das Perceptions-Vermögen für die eine oder andere Farbe etwas herabgesetzt sein.

4. Bei Hysterie mit Sensibilitäts-Störung ist die concentrische Gesichtsfeldeinschränkung eine ziemlich häufige Erscheinung. Die Einschränkung ist gewöhnlich an der anästhetischen Seite sehr deutlich ausgesprochen, in den meisten Fällen aber auch auf der fühlenden Seite vorhanden.

Mit der Einschränkung des Gesichtsfeldes zeigt sich auch eine oft bedeutende Herabsetzung des Licht- und Farbensinnes, die in vielen Fällen mit der Einschränkung bis zu einem gewissen Grade congruent ist. Mit den Veränderungen der Sensibilität schwankt auch die Grösse des Gesichtsfeldes und synchronisch mit dieser der Licht- und Farbensinn.

5. Als vereinzelte Erscheinung haben wir auch übernormale Gesichtsfelder und echte Hyperästhesie für Licht und Farben beobachtet.

6. Der Neurasthenie scheint für gewöhnlich keine concentrische Gesichtsfeldeinschränkung zuzukommen, der Lichtsinn ist normal, ebenso die Sehschärfe. Nur in Bezug auf die Farbenperception zeigt sich bisweilen für einzelne Farben eine gewisse Herabsetzung, so insbesondere für Blau.

7. Alles, was hier für die nicht traumatischen Formen gesagt wurde, gilt ebenso für die traumatische Hysterie und traumatische Neurasthenie.

Es ist somit die Gesichtsfeld-Untersuchung und besonders auch die mit dem Farbenapparate von diagnostischem Werthe, am auffallendsten dort, wo es sich um concentrische Gesichtsfeldeinschränkung handelt. Hier kann, wenn Verdacht der Simulation am Perimeter-Befunde vorliegt, die Prüfung des Farben- und Lichtsinnes eintreten. Auffallende Congruenz der Befunde wird immer für die Wahrheit jener Angaben sprechen und kann nicht leicht simulirt werden. Inconsequenz ist nicht gerade gegen den Patienten beweisend, wird aber immerhin zu einer gewissen Vorsicht mahnen.

Dort, wo keine Gesichtsfeldeinschränkung ist, kann nebst der Erkennung der Sensibilitäts-Störung bisweilen die erwähnte Herabsetzung des Farbensinnes, die bei der Hysterie vorkommt, als Adjuvans der Diagnose gelten. Bei den Hysterien ohne objective Symptome, sowie auch bei der Neurasthenie könnte es vielleicht das einzige demonstrirbare Symptom sein.

XVI.

1893.

Zur Kenntniss der cerebralen Anästhesie.

Internationale klinische Rundschau, Nr. 9.

In dieser Abhandlung bespricht Verfasser zuerst das eigenthümliche Bild der hysterischen Hemianästhesie, bei der es auffallend ist, dass das Gehör, der Geschmack, der Geruch, das Gefühl an einer Seite fehlt, während die Functionen der contralateralen Körperpartie normal erscheinen; hingegen ist das Sehen beider Augen beeinträchtigt: An beiden Augen zeigt sich Gesichtsfeldeinschränkung, die allerdings an der anästhetischen Seite bemerkbarer ist. Verfasser liefert nun den Nachweis, dass dies nicht so auffallend sei, sondern dass man durch genaue Methoden nachweisen könne, dass, wenn auf einer Seite des Körpers das Gefühl und das Gehör herabgesetzt sind, dann die andere scheinbar gut fühlende, respective gut hörende Seite mitleidet. Man kann dies so beweisen, dass man an Kranken genaue Untersuchungen anstellt, welche schwere Hemianästhesie haben. Wenn dann im Laufe der Behandlung die Anästhesie der einen Seite schwindet, so wird das Gefühl auf der früher scheinbar normalen Seite auch etwas besser. Viel klarer wird die Sache unter Anwendung der hypnotischen Suggestion: wenn man nämlich einem Individuum eine Analgese einer Seite einredet, dann sinkt gewöhnlich auch die Empfindung auf der anderen Seite, die von der Einredung nicht betroffen wurde. Man kann dies mittelst des faradischen Stromes ganz gut nachweisen, und wenn dann durch Suggestion die Sensibilität wieder zurückgerufen wird, steigt die Empfindlichkeit für den faradischen Apparat wieder an beiden Seiten. Aehnliches konnte man durch Messen mit einer Uhr am Gehörorgane nachweisen, indem man dem betreffenden Individuum auf einem Ohre bald die Schwerhörigkeit suggerirte, bald sie wieder zum Verschwinden brachte.

XVII.

1893–1895.

Artikel im diagnostischen Lexikon.

Wien 1893.

a) Neuralgie.
b) Cervico-Occipitalneuralgie.
c) Brachialgie.
d) Trigeminusneuralgie.
e) Facialisphänomen.
f) Tetanie.
g) Morbus Basedowii.
h) Ulnarislähmung.
i) Radialislähmung.
k) Acroparaesthesien.

Zusammenfassende diagnostische Betrachtungen unter Benützung eigener Beobachtungen.

XVIII.

1895.

Ueber pseudomenière'sche Zustände.

Vortrag im Wiener psychiatrischen Vereine.

Wiener klinische Wochenschrift 1894, Seite 541.

Referat siehe unten.

XIX.

Ueber den Menière'schen Symptomencomplex.

Vortrag im Wiener medicinischen Club.

Wiener medicinische Presse 1895, Seite 722 ff.

Referat siehe unten.

XX.

1895—1897.

Im Handbuche der speciellen Pathologie und Therapie, herausgegeben von Hofrath Nothnagel, Wien, Hölder. Band XI, II. Theil, 3. u. 4. Abtheilung.

Der Menière'sche Symptomencomplex.

(Seite 1—74.)

Nach einer historischen Vorbemerkung wird vorgeschlagen, zur grösseren Klarheit nur von Menière'schen Symptomen (Schwerhörigkeit, Schwindel, Erbrechen, Ohrensausen) zu sprechen. Erstens kann die Erkrankung momentan bei bisher intactem Gehörorgan sich einstellen, hieher gehört die apoplektische Form Menière's und diejenige traumatische Form, bei welcher sich die Trias dem Insulte unmittelbar anschliesst. Bei dieser Gelegenheit theilt Verfasser einige neue Beobachtungen mit, wo zugleich mit dem Einsetzen der apoplektischen Menière'schen Symptome andere Hirnnerven gelähmt wurden: zweimal war der ganze Facialis betroffen, einmal der sensible Trigeminus derselben Seite.

Zweitens kann sich die Erkrankung zu vorliegenden Ohrenerkrankungen acuter oder chronischer Art manchmal langsam, manchmal plötzlich gesellen; das Grundleiden kann ein Mittelohr- oder ein Labyrinthprocess sein. Ferner kommt es bei Processen im äusseren Gehörgange und im Acusticus zu ähnlichen Symptomen. Anhangsweise wird auch der durch äussere Eingriffe und Einflüsse entstehende Ohrenschwindel besprochen, ebenso gelangen im Anhang die pseudomenière'schen Anfälle zur Discussion.

In der Detailbesprechung wird ein umfangseiches Capitel der apoplektischen Menière'schen Symptomengruppe gewidmet; auf Grund der bisher ganz zerstreuten Casuistik und unter Beifügung neuer Fälle wird versucht, das Symptomenbild zu entwerfen, wobei

unterschieden wird, wie weit dasselbe bei gesunden und wie weit es bei anderweitig kranken Individuen (Tabes, Leukaemie, Lues) vorkommt. Anschliessend daran wird das Bild der traumatischen Menière'schen Affection geschildert, hierauf unter Anführung eigener Beobachtungen das Vorkommen der Symptome bei schon vorhandenen Mittelohr- oder Labyrintherkrankungen auseinandergesetzt. Nun kommt der Schwindel bei Processen im äusseren Gehörgang, namentlich bei Anhäufung von Cerumen zur Behandlung, es wird die allerdings sehr lückenhafte Literatur über Schwindelanfälle bei Acusticus-Compression kritisch beleuchtet, und endlich noch des transitorischen Schwindels nach Ohrenausspritzung, Katheterisirung, Luftdouche, starker Schalleinwirkung Erwähnung gethan. Es wird auch der Versuche derjenigen gedacht, die den Schwindel bei Kopfgalvanisation, bei Drehbewegungen und bei der Seekrankheit auf das Gehörorgan zurückführen wollen.

Eine eigene Gruppe bilden diejenigen Fälle, die Verfasser als Pseudo-Menière zuerst bezeichnet hat. Es scheint, dass bei Neurosen ein dem Menière'schen Schwindel ähnliches Bild auftritt, ohne dass das Gehörorgan eigentlich afficirt wäre, zu der ersten diesbezüglichen Beobachtung von Gilles de la Tourette bei Hysterie wird eine neue hinzugefügt, ebenso scheinen ähnliche Dinge bei der Hemicranie vorzukommen. Ferner hat Verfasser auf Grund von 5 von ihm beobachteten Fällen gezeigt, dass die Aura epileptica vollkommen einem Menière'schen Anfalle gleichen könne, ja dass Leute mit echten epileptischen Anfällen bisweilen Abortivanfälle haben, die völlig dem Menière'schen Anfalle gleichen, welche dann auch ohne Bewusstseinsstörung und ohne Zuckungen verlaufen.

In dem 4. Abschnitte wird die Symptomatologie der Vertigo auralis an 70 von dem Verfasser beobachteten Fällen beschrieben, die verschiedenen Erscheinungen werden der Reihe nach geschildert: Der Schwindel, die Ohrengeräusche, die Magensymptome, die Sturzbewegungen, die

Erscheinungen an den Augen, die Kopfschmerzen und die Ataxie.

Weiterhin wirft der Verfasser die Frage auf, ob auf Grund unserer bisherigen Kenntnisse eine anatomische Localisation der Erkrankung gewagt werden darf. Wenn es allerdings nicht unwahrscheinlich ist, dass der apoplektische Menière im inneren Ohre seinen Sitz hat, so ist doch über die genaueren Details des Sitzes der Affection innerhalb des inneren Ohres noch nichts Bindendes zu sagen. Bei den chronisch entstandenen Fällen kann man auf Grund der anatomischen Thatsachen nur sagen, dass das Ohr überhaupt erkrankt ist, indem es auch Fälle gibt, wo die Nekropsie eine Erkrankung des Mittelohres bei Intactsein des Labyrinthes erhoben hat. Wenn nun also auch die Klinik für die Pathologie des Zustandes noch keine genügende Erklärung gibt, so ist es die Physiologie, welche hier wesentliche Anhaltspunkte aufweist, und es werden daher die Resultate der Arbeiten der Physiologen in ausführlicher Weise besprochen.

Im 6. Abschnitte wird die Diagnose und Differential-Diagnose erörtert; den Schluss bilden prognostische und therapeutische Betrachtungen.

XXI.

Die Erkrankungen des inneren Ohres.

Seite 78—122.

Dieser Abschnitt enthält eine schematische Uebersicht über die Erkrankungen des inneren Ohres, insoweit sie für den Internisten praktische Wichtigkeit bieten. Zuerst werden die Untersuchungsmethoden bei der Functionsprüfung besprochen, und ihr Werth auf Grund der Darstellungen hervorragender Otiater, sowie auch auf der Basis zahlreicher eigener Untersuchungen discutirt. Dann werden die wichtigsten Labyrintherkrankungen auszugsweise besprochen; hingegen finden die Hörstörungen, welche vom

Acusticus und seiner intracerebralen Verbreitung vermittelt werden, ein eingehenderes Studium, besonders werden die hysterischen Hörstörungen und die bei Tabes auf Grund eigener Untersuchungen discutirt; ferner wird als bisher nicht bekannte Thatsache das Vorkommen rheumatischer nervöser Taubheit bei rheumatischer Facialislähmung auf Grund von 4 Beobachtungen mitgetheilt.

XXII.

Die nervösen Erkrankungen des Geschmackes.

Seite 1—42.

Der erste Abschnitt ist der physiologischen Untersuchung des Geschmackes gewidmet, die auf Grund der Darstellungen der hervorragendsten Physiologen gegeben wird. In Bezug auf den Streit, welche Partien der Zunge und der Mundhöhle geschmackempfindend sind, schliesst sich der Autor auf Grund eigener Untersuchungen der Meinung Derjenigen an, welche in Bezug darauf individuelle Schwankungen annehmen.

Das zweite Capitel handelt von den den Geschmack vermittelnden Nerven. Der Verfasser hält sich hauptsächlich an die klinische Beobachtung und stellt alle hier in Betracht kommenden Krankengeschichten übersichtlich zusammen; er kommt zu dem Schlusse, dass jedenfalls der N. glossopharyngens Geschmacksnerv für die hintere Zungenpartie ist, dass der Geschmacksnerv für die vordere Partie der N. lingualis ist, dessen Geschmacksfasern vermuthlich am basalen Antheil des Trigeminus ihren Ursprung nehmen. Da aber bisweilen der Trigeminus zerstört wird, ohne dass Geschmacksveränderungen auftreten, da in einem Falle von Glossopharyngeusläsion auch die vordere Zungenpartie geschmacksunterempfindlich geworden war, scheint dem Verfasser die Hypothese discutirbar, ob nicht auch da individuelle Differenzen vorkommen können. Nach einem kurzen Capitel über die Prüfungsmethoden

kommen die eigentlichen nervösen Störungen des Geschmackes zur Darstellung; es werden die Anästhesien und die Hyperästhesien besprochen, dabei einzelne nennenswerthe Fälle aus der Beobachtung des Verfassers mitgetheilt; zum Schlusse werden noch die subjectiven Geschmacksempfindungen auseinandergesetzt.

XXIII.

Die nervösen Erkrankungen des Geruches.

Seite 42—78.

Es werden in diesem Abschnitte zuerst die physiologischen Bedingungen des Riechens erörtert und bei dieser Gelegenheit die neueren Untersuchungsmethoden genau geschildert, dann werden die Anosmien genau betrachtet und bezüglich ihrer Ursprungsquellen discutirt. Es werden zuerst die isolirten Olfactorius-Erkrankungen genannt, so die bei angeborenem Defecte des Riechnerven, die senilen, die toxischen, die durch Ueberreizung entstandenen, ebenso die traumatischen. In zweiter Linie gelangen die bei cerebralen Erkrankungen und die bei Neurosen vorkommenden zur Besprechung. Anschliessend daran wird noch die Anosmie bei Facialislähmung discutirt und eine neue Hypothese zu ihrer Erklärung aufgestellt: es ist nämlich dem Verfasser aufgefallen, dass es oft schwere Facialislähmungen ohne Anosmie der kranken Seite gibt, und es kann somit die Erklärung, dass die Herabsetzung des Geruchsvermögens auf der kranken Seite nur auf einer Lähmung des M. levator alae nasi beruht, nicht acceptirt werden; Verfasser wirft die Frage auf, ob man nicht an gleichzeitige rheumatische Erkrankung des N. olfactorius unter Umständen denken müsse, da ja nicht so selten neben der Facialislähmung in Folge von rheumatischen Noxe auch der Acusticus, der Trigeminus und manchmal auch der Opticus erkranken.

Es wird endlich auch aufmerksam gemacht, dass möglicherweise auch dem Trigeminus ein Antheil am Geruchsvermögen zukomme. Nach einer kurzen Besprechung der Hyperosmie werden die Parästhesien des Geruches erörtert.

XXIV.

Die Tetanie.

Diese Monographie enthält die Zusammenfassung aller Arbeiten, welche Verfasser seit dem Jahre 1886 über diesen Gegenstand publicirt hat, sowie eine Anzahl neuer Beobachtungen; es wird daher an dieser Stelle über alle Tetanie-Arbeiten zusammenhängend referirt.

Nach einer historischen Einleitung wird das Vorkommen der Tetanie in entsprechenden Gruppen besprochen. Es wird gezeigt, dass diese Affection unter Umständen gesunde Handwerker betrifft, auf Grund von 400 derartigen Fällen wird die auffallende Praevalenz der tetaniekranken Schneider und Schuster in Wien geschildert; es wird mit Hinsicht auf 368 den Aufnahmsprotokollen des Krankenhauses entnommene Fälle bewiesen, dass diese Affection nur zu gewissen Monaten, hauptsächlich März und April, zur Beobachtung kommt, und dass nur Leute eines bestimmten Alters, nämlich von 16—25 Jahren, ergriffen werden. Es wird auch auf die Eigenthümtichkeit hingewiesen, dass nicht alle Jahre gleich viel Fälle bringen und es wurde vom Verfasser zuerst mit Sicherheit gezeigt, dass Wien eine Praedilections-Stelle für diese Krankheit ist, und es wird wahrscheinlich gemacht, dass diese Epidemie erst seit dem Ende der 70er Jahre in der genannten Stadt vorkommt. Verfasser zeigt auf Grund von Literatur-Studien und von persönlichen Erfahrungen, die er auf wiederholten Studienreisen in Europa gemacht hat, wie ungemein selten die Tetanie

gesunder Handwerker ausserhalb Wien's ist: nur Heidelberg kann in dieser Hinsicht neben Wien gestellt werden.

Die zweite Gruppe begreift die Tetanie bei schweren Magen-Darmaffectionen und bei Helminthiasis, es wird aber auf Grund von Literatur-Studien gezeigt, dass auch diese Fälle mit Vorliebe im Frühjahre erscheinen. Ferner wird in einer dritten Gruppe die Tetanie bei acuten Infections-Krankheiten besprochen, die auch in Wien häufiger zu sein scheint als in anderen Städten; hierauf wird die Tetanie nach Vergiftung mit eingeführten Substanzen discutirt, und endlich gelangt Verfasser zur fünften Gruppe, zur Tetanie der Schwangeren, Säugenden und Gebärenden; auch für diese Form hat er durch zahlreiche Fälle bewiesen, dass sie mit Vorliebe zwischen Jänner und April zur Beobachtung kommen.

Die sechste Gruppe bildet die Tetanie nach Exstirpation des Kropfes, deren Details Verfasser auf Grund von 38 zusammengestellten Fällen bespricht. Als Anhang wird noch der Tetanie in Verbindung mit anderen Erkrankungen des Nervensystems gedacht; auch die Tetanie der Kinder wird gesondert besprochen, ihr epidemisches und endemisches Auftreten erörtert, und es wird gezeigt, wie selten gesunde Kinder zu den Krämpfen hinneigen. Es wird erwähnt, dass es hauptsächlich rhachitische Kinder und solche mit Magen-Darmkrankheiten oder solche mit acuten Infections-Krankheiten sind, die an der genannten Affection leiden.

Mit grosser Vorsicht bespricht Verfasser die ätiologischen Verhältnisse; allerdings ist eine Aetiologie sichergestellt, die nach Schilddrüsen-Exstirpation, um so sicherer gestellt, da ja Thiere, denen man die Schilddrüsen herausnimmt, bisweilen unter ganz ähnlichen Symptomen erkranken, wie dies viele Experimentatoren sowie auch der Verfasser selbst gezeigt haben. Es werden auch die verschiedenen einander noch widersprechenden Theorien über die Magendilatations-Tetanie discutirt; für die Tetanie der Arbeiter und die der Maternität wird die

Hypothese aufgestellt, dass es sich um eine Infectionskrankheit handeln könne, ohne dass jedoch dafür heutzutage ein bindender Beweis erbracht werden kann.

Nun kommt Verfasser zur Schilderung der Symptome der Tetanie; es werden auf Grund von 120 von ihm beobachteten Fällen die verschiedenen Formen der Muskelkrämpfe geschildert. Das Trousseau'sche Phänomen wird als ein sehr wichtiges Symptom bezeichnet; als eine Eigenthümlichkeit wird vom Verfasser zuerst beschrieben, dass unter Umständen Compression einer Seite doppelseitige Krämpfe hervorruft.

In einer eigenen Arbeit wurde auch vom Verfasser die Frage erörtert, ob denn die Ursprungsstätte der Entstehung der Krämpfe beim Trousseau'schen Phänomen Compression des Gefässes oder der Nerven sei. Dieser Streit wird zu Gunsten letzterer Theorie entschieden, indem Verfasser an Hunden, die Trousseau'sches Phänomen nach Schilddrüsen-Exstirpation aufwiesen, Arterie und Nerven bloslegte. Es zeigte sich dann, dass Compression des Gefässes gar keine Wirkung habe, die Compression des Nerven aber momentan heftige Krämpfe erzeugt. Bezüglich der elektrischen Erregbarkeit hat Verfasser die ersten systematischen galvanometrischen Untersuchungen ausgeführt und gezeigt, dass die elektrische Uebererregbarkeit, welche zuerst von Erb beschrieben wurde, thatsächlich ein constantes Symptom der Tetanie sei, dass aber hauptsächlich die Erhöhung der Erregbarkeit für den galvanischen, viel weniger für den faradischen Strom nachweisbar sei. Auch die Resultate der sensiblen und sensorischen Uebererregbarkeit, wie sie von Hoffmann und Chvostek jun. behauptet wurde, werden bestätigt. Das Facialis-Phänomen wird in seiner Bedeutung für die Diagnostik gewürdigt, doch kann es nach den Erfahrungen des Verfassers bisweilen fehlen. Während bis zum Jahre 1886 dasselbe, wenn vorhanden, als beweisend für die Tetanie angesehen wurde, konnte der Verfasser nachweisen, dass der Satz in diesem Umfange

nicht richtig sei, indem er zuerst auf Grund genügenden Materiales zeigte, dass die Uebererregbarkeit des Gesichtsnerven auch bei anderen Nervenerkrankungen, bei herabgekommenen Individuen, sowie auch manchmal bei Gesunden zu produciren sei.

Bezüglich des Sensoriums theilt Verfasser die Ansicht der meisten Autoren, dass es fast immer frei sei, doch hat er im Jahre 1889 die ersten Tetaniepsychosen in 3 Fällen an der Klinik Meynert's nachweisen können. Es werden nun die verschiedenen Erscheinungen an den Sinnesorganen beschrieben, es wird der hypernormalen und subnormalen Temperaturen gedacht, sowie der Erscheinungen am Respirations- und Circulations-Apparate, ebenso am uropoëtischen System. Es wird dann auf Grund fremder und eigener Beobachtungen das Vorkommen myxödematöser Erscheinungen bei Tetanie geschildert, das Verhalten der Reflexe auseinandergesetzt und zum Schlusse wird nachgewiesen, dass wahrscheinlich unter Umständen epileptische Anfälle als Tetaniesymptome aufzufassen seien.

Der 5. Abschnitt ist der Diagnose und Differential-Diagnose gewidmet und der Schilderung der Formes frustes; besonders wird hier der zuerst vom Verfasser beschriebenen tetanoiden Zustände gedacht, jener eigenthümlichen Abortivformen der Tetanie, bei denen es nur zu Parästhesien, aber nicht zu Krämpfen kommt, bei denen aber die Zugehörigkeit zur genannten Affection durch den Nachweis der mechanischen und elektrischen Uebererregbarkeit geliefert wird. Auf Grund von Literatur-Studien und von Protokollen der Klinik Nothnagel's und des Allgemeinen Krankenhauses wird die Prognosestellung erörtert; es wird besonders gezeigt, dass die Arbeiter-Tetanien durchaus nicht so gutartig sind, wie sie vielfach geschildert werden, indem sehr oft Recidiven der Krankheit nachgewiesen wurden.

Der 7. Abschnitt enthält eine Zusammenstellung sämmtlicher pathologisch-anatomischer Befunde

bei der vorliegenden Affection; es wird gezeigt, dass wir heutzutage noch nicht über sichere Resultate verfügen, es wird aber auch darauf hingewiesen, dass die positiven Beobachtungen doch nicht zu spärlich sind. Was an derartigen Befunden verwerthbar ist, deutet immer wieder auf das Rückenmark, eine Localisation, die ja nach dem klinischen Befunde plausibel erscheint.

Der 8. Abschnitt enthält therapeutische Hinweise.

XXV.

Acroparästhesien.

(Anhang zu Professor Bernhardt's Erkrankungen der peripheren Nerven.)

Im Handbuche von Hofrath Nothnagel Seite 441—450.

Dieses Capitel enthält eine zusammenfassende Darstellung der genannten Affection auf Grund der gesammten Literatur, sowie auf Grund von 29 eigenen Beobachtungen.

XXVI.

1896.

Ueber Zahnextration und Facialislähmung.

Wiener klinische Rundschau Nr. 9.

Verfasser theilt hier 6 Fälle mit, wo nach Zahnextraction periphere Facialislähmung aufgetreten war, in einem 7. Falle trat ein derartiger Zustand nach Abbrechen eines cariösen Zahnes auf. Verfasser hält es für möglich, dass diese Beobachtungen auf eine bisher noch nicht gewürdigte Aetiologie der Facialislähmung hinweisen könnten.

COLUMBIA UNIVERSITY LIBRARIES

This book is due on the date indicated below, or at the expiration of a definite period after the date of borrowing, as provided by the library rules or by special arrangement with the Librarian in charge.

DATE BORROWED	DATE DUE	DATE BORROWED	DATE DUE
C28 (747) M100			

GAYLAMOUNT
PAMPHLET BINDER
Manufactured by
GAYLORD BROS. Inc.
Syracuse, N. Y.
Stockton, Calif.

R502.F85 F85
1897

Frankl-Hochwart

Referate über die wissenschaftlichen arbeiten

MAY 11 1949

~~MAY 11 1949~~
C. U. BINDERY

R502.F85 F85
1897